

ÉTUDE
SUR
LE DÉLIRE AIGU
A FORME TYPHOÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. ROUSSET

Interne à l'Asile de Bron

Né à Cusset (Allier), le 20 octobre 1859



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1884

ÉTUDE
SUR
LE DÉLIRE AIGU
A FORME TYPHOÏDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 26 Juillet 1884

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

A. ROUSSET

Interne à l'Asile de Bron

Né à Cusset (Allier), le 20 octobre 1859



LYON

IMPRIMERIE NOUVELLE

52, Rue Ferrandière, 52

—
Juillet 1884

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
BONDET.	} ASSESSEURS.
CROLAS.	
MONOYER	

PROFESSEURS ET PROFESSEURS-ADJOINTS

Anatomie.	MM. PAULET.
Physiologie.	MORAT.
Anatomie générale et histologie.	RENAUT.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER (Raymond).
Médecine expérimentale et comparée.	CHAUVEAU.
Chimie minérale.	GLÉNARD.
Chimie organique et toxicologie.	CAZENEUVE.
Physique médicale.	MONOYER.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Pharmacie	CROLAS.
Pathologie interne.	J. TEISSIER
Pathologie externe.	BERNE.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Hygiène	ROLLET.
Thérapeutique	SOULIER.
Matière médicale et Botanique.	CAUVET.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Médecine opératoire	PONCET.
Cliniques médicales	{ LÉPINE.
	{ BONDET.
	{ RAMBAUD, professeur-adjoint
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	{ TRIPIER (LÉON).
	{ BOUCHACOURT.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{ DELORE, professeur-adjoint.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.

Professeurs honoraires

MM. DESGRANGES, B. TEISSIER.

COURS CLINIQUES COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Femmes.	MM. LAROYENNE, chargé du cours.
Clinique des Maladies des Enfants.	PERROUD, chargé du cours.

AGRÉGÉS

MM. BARD	MM. DEBIERRE	MM. PERRET	MM. VINAY	CHARGÉ DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ
BEAUVISAGE	LAURE	POLLOSSON	VINCENT	M. CHARPY
BOUVERET	LEVRAT	POULLET		
CHANDELUX	LINOSSIER	SABATIER		

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PIERRET, président; M. R. TRIPIER, assesseur; MM. BOUVERET et VINAY, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MAÎTRE

M. LE PROFESSEUR PIERRET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

MÉDECIN EN CHEF A L'ASILE DE BRON

A M. LE DOCTEUR VINAY

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, MÉDECIN DES HOPITAUX

A MON CHEF DE SERVICE

M. LE DOCTEUR MAX SIMON

MÉDECIN EN CHEF A L'ASILE DE BRON

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Pendant le cours de notre internat à l'asile de Bron, nous avons eu l'occasion d'observer certains malades chez lesquels s'était manifesté un état fébrile particulier, dont la forme manifestement typhoïde pouvait faire hésiter de prime abord entre le diagnostic délire aigu d'un côté et dothiéntérie de l'autre.

Sur le conseil de notre chef de service, M. le professeur Pierret, nous avons cherché à faire une étude critique et historique des rapports du délire aigu avec certains états typhiques. En effet, les auteurs n'ont fait la plupart du temps qu'effleurer la question, et les idées qu'ils exposent à cet égard le sont avec trop peu de détails, pour que nous ayons pu en tirer des données suffisantes pour l'exécution de notre travail. Aussi, avons-nous dû restreindre notre sujet, nous contenter du petit nombre d'éléments que nos recherches historiques et bibliographiques nous ont fait découvrir et nous attacher

plus spécialement à l'étude des localisations cérébrales de la fièvre typhoïde.

Nous ne terminerons pas ce court avant-propos sans exprimer publiquement notre reconnaissance à M. le professeur Pierret, qui nous a suggéré l'idée de cette thèse et dont les conseils nous ont été d'un grand secours.

Nous adressons nos vifs remerciements à notre ami P. de Collogny ; par son obligeance à mettre à notre disposition sa connaissance de la langue allemande, il a facilité beaucoup nos recherches.

Ce travail est divisé en cinq chapitres. Le premier est consacré à l'historique général de la question ; c'est surtout le résultat de nos recherches bibliographiques.

Dans le second, nous faisons un exposé général en étudiant les localisations de l'agent typhique sur les différents parenchymes.

Dans le troisième, nous étudions la pathogénie de la maladie, c'est-à-dire le mode d'action du poison typhoïde sur les centres nerveux, et nous faisons l'historique des recherches anatomo-pathologiques, connues jusqu'à ce jour.

Dans le quatrième chapitre, nous publions et annotons les observations que nous avons choisies dans les auteurs.

Dans le cinquième chapitre, nous parlons assez longuement du diagnostic différentiel qui, dans la plupart des cas, est assez délicat, et nous terminons par quelques considérations sur le pronostic et le traitement.

ÉTUDE
SUR
LE DÉLIRE AIGU
A FORME TYPHOÏDE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Depuis longtemps les auteurs anciens et modernes ont signalé des rapports assez étroits existant entre les délires aigus, tant maniaques que lypémaniaques, et les fièvres infectieuses à forme typhique. L'individualité morbide du délire aigu n'a jamais pu être bien séparée de l'idée d'une infection générale, dont l'aspect était tantôt l'adynamie, tantôt l'ataxie, et qui avait avec l'infection typhoïde une parenté assez évidente.

Si nous remontons à Hippocrate, Galien, Coelius Aurelianus, voire même à Willis et à Stoll, nous voyons qu'ils ont émis toutes les opinions imaginables et inimaginables sur les causes et la nature de cette affection qu'ils appellent *phrénésie*; ce qui

les a frappés avant tout, c'est la fièvre aiguë avec délire, dont ils cherchaient l'étiologie, soit dans le cerveau, soit dans les autres organes, mais qu'ils finissaient par expliquer en invoquant la présence d'humeur et de vapeurs plus ou moins idéales. Georget (1), en 1820, est le premier qui ait élargi la question; pour lui « le délire aigu, ou l'affection des fonctions intellectuelles qui le constitue, n'est ordinairement qu'un symptôme d'une maladie plus grave d'un organe de l'économie ou du cerveau lui-même. » Cet auteur soupçonnait donc à la maladie un cadre plus général et ouvrait la voie à une hypothèse capable d'expliquer d'une façon plus admissible les manifestations si graves d'une affection dont il ne pouvait découvrir les sources organiques.

Nous arrivons enfin à Calmeil (2) qui, dans son *Traité des Maladies inflammatoires du Cerveau*, donne une description magistrale du délire aigu, mais qui ne recherche pas si, derrière cette maladie, il n'y a pas quelque chose de plus général et si l'on ne se trouve pas en présence d'un état infectieux particulier. Pour lui, en effet, on a affaire à une périencéphalite aiguë, à forme insidieuse; et pourtant, dans certains cas, après avoir fait, avec la plus scrupuleuse attention, l'analyse anatomique des centres nerveux, après s'être livré aux plus attentives et aux plus minutieuses analyses microscopiques, il ne trouve aucun renseignement anatomo-pathologique.

(1) Georget. — *De la Folie*, 1820, p. 223.

(2) Calmeil. — *Traité des Maladies inflammatoires du Cerveau*, t. 1, p. 112 et suivantes.

Brierre de Boismont (1), dans une communication à l'Académie de Médecine, paraît avoir posé un des premiers le délire aigu comme une entité morbide assez nettement dessinée, n'étant ni de l'encéphalite, comme le voulait avant lui Calmeil, ni de la méningite, ni de la manie aiguë. Il fait un pas de plus en n'admettant pour cette affection aucune inflammation particulière du cerveau et de ses membranes et en la considérant comme une perturbation de la sphère nerveuse, comparable au *délire des buveurs, delirium tremens avec fièvre*, si bien décrit par MM. Lasèque et Magnan.

On voit donc déjà poindre sur le délire aigu les différences d'opinion des auteurs. Tandis que Brierre de Boismont persiste à le regarder comme une entité morbide. Parchappe, dans ses recherches d'anatomie pathologique ne veut y voir qu'une forme fébrile de la manie. Griesinger, dans son *Traité des maladies mentales* ne fait qu'une même maladie du délire aigu et de la manie. « Il arrive, dit-il, assez souvent que chez les malades qui offrent depuis quelques jours, une ou deux semaines, les signes d'une manie simple, on voit tout à coup survenir des symptômes plus aigus. L'insomnie devient complète pendant cinq ou six jours. L'agitation est extrême et les cris incessants ; bientôt il est impossible de fixer l'attention du malade qui prononce des mots sans suite, restant tout à fait étranger à ce qui se passe autour de lui. En même

(1) Brierre de Boismont. — *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1844-42, t. VII, p. 935.

temps, les yeux sont brillants, la langue, les dents et les lèvres sèches, refus des aliments et souvent des boissons, constipation opiniâtre. La peau devient chaude et le pouls acquiert, en quelques jours, une fréquence extrême (120 à 130 pulsations). Quand ces symptômes se sont prolongés une semaine au plus, le malade tombe tout à coup dans une prostration extrême : il cesse de crier, marmotte des mots sans suite ou reste dans le mutisme. Les traits sont profondément altérés, *revêtant d'une façon tout à fait caractéristique l'aspect typhoïde*. Puis, « la mort arrive rapidement dans le coma. » Remarquons en passant cet état typhique, à caractère évidemment infectieux, succédant à la manie, ressemblant complètement au délire aigu et très bien décrit par Grésinger.

Cet état fébrile se développant rapidement chez les aliénés avec un cortège de symptômes généraux, graves, est signalé dans la suite par M. Berthier (1), médecin en chef de l'asile de Bourg, dans un travail publié en 1861, dans les *Annales Médico-Psychologiques* et ayant pour titre : *la Fièvre dans ses rapports avec l'aliénation mentale*. « Il est commun, dit-il, de rencontrer des malades qui n'offrent, quoiqu'on recherche, aucun désordre apparent qu'une fièvre latente, insensible, et qui, tout à coup sont pris de symptômes formidables promptement mortels, que l'ouverture du cadavre n'explique en aucune façon. »

(1) Berthier *La Fièvre dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (*Ann. méd. Psych.*, t. VII, p. 1, 1861.)

Cette question des rapports du délire aigu avec les états typhoïdes, commence bientôt à préoccuper les aliénistes d'une façon plus sérieuse. La similitude des symptômes, dans les deux maladies, avaient amené de fréquentes erreurs de diagnostic : on avait interné comme fous des malades qui n'avaient qu'une fièvre typhoïde ; c'était évidemment là une erreur très regrettable et préjudiciable, soit pour le malade, soit pour le médecin. Pour éviter ces méprises choquantes, M. Dumesnil (*Annales médico-psychologiques*, juillet 1863) indique un signe qui doit établir le diagnostic différentiel entre le délire aigu et la fièvre typhoïde : c'est la présence de l'albumine dans les urines des typhiques, ce qui n'existe jamais dans les délires des aliénés. Avant d'établir par des données cliniques ce signe propre, M. Dumesnil expose clairement les difficultés de diagnostic entre le délire aigu de l'aliénation mentale et le délire maniaque de l'état typhique. « Les spécialistes, dit-il, qui n'admettent pas que l'aliénation puisse être confondue avec ces délires, me semblent en parler un peu à leur aise. Recevant le malade lorsque la marche et la succession des phénomènes ont imprimé un cachet plus accentué à la phlegmasie viscérale et ont déjà le plus souvent modifié et même abattu le délire, il ne leur est pas difficile, soit au lit du patient, soit particulièrement dans leurs écrits, de fixer le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et d'un accès d'aliénation mentale. Tout l'embarras est pour le confrère le premier appelé qui n'aperçoit encore aucun désordre abdominal et qui n'a sous les yeux que des acci-

dents de dérangement intellectuel, avec une accélération de la circulation souvent moins prononcée que dans certains cas de délire maniaque très actif, et qui n'ignore pas, d'ailleurs, que la manie, à sa première période, n'est pas toujours sans mouvement fébrile. »

En 1865, M. Thulié (1), dans sa thèse sur le *Délire aigu sans lésions*, va plus loin que M. Dumesnil et dit que « non-seulement le délire de la fièvre typhoïde, mais encore les altérations anatomiques, donnent une ressemblance frappante avec le délire aigu des auteurs. Ces altérations, ajoute-t-il, n'existent pas toujours, et, dans des délires sympathiques aussi intenses, il arrive de rencontrer une congestion simple et quelquefois rien. »

Le délire aigu, présentant dans le degré d'acuité et la physionomie de ses symptômes, dans sa marche et sa gravité des différences sensibles, amena plusieurs bons observateurs à lui reconnaître des formes cliniques distinctes. Schüle (2), d'Illenau, dans l'*Allemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, 1867, décrit deux formes de délire aigu : une forme *maniaque* (sthénique) et une forme *mélancolique* avec deux variétés. Dans la première variété, le délire est bruyant et participe de quelques-uns des caractères du délire maniaque ; dans la seconde, le délire est *typhoïde*, à caractère éminemment dépressif. Ces deux formes du délire aigu se rapportant à un complexe spécial de

(1) Thulié, *Etude sur le délire sans lésions* (Thèse, Paris, 1865).

(2) Schüle. *Ueber das delirium acutum*. (*Allg. Zeich. f. Psych.* t. XXIV.)

lésions anatomiques. D'après Schüle, la première (maniaque) appartiendrait à la première série des procès encéphalo - méningitiques ; la deuxième (*forme mélancolique et stupide*) à la série des fièvres hectiques, peut-être à celle des fièvres typhoïdes.

M. Charpy (1), dans une thèse remarquable sur les Délires aigus, 1878, caractérise nettement le délire aigu d'un seul mot, en disant que c'est une *manie à forme typhoïde*, comprenant deux périodes ; la première, période d'excitation, d'une durée de 4 à 8 jours, quelquefois seule, les malades pouvant mourir en pleine agitation ; la seconde, période d'affaïssement ou de stupeur, période d'épuisement, d'une durée de 1 à 7 jours, presque toujours de 3 dans les cas mortels et de 7 dans les cas à terminaison heureuse. Puis, arrivant à la classification des délires aigus, M. Charpy confirme la définition qu'il avait donnée de prime abord au délire aigu, proprement dit, en le rangeant dans la catégorie des *délires à forme typhique*, caractérisés par l'élévation considérable de la température et par l'aspect typhique du malade (stupeur faciale, fuliginosités, incohérence des idées et des actes).

La thèse de M. Briand, 1881 (2) marque une étape importante dans l'histoire et l'évolution du délire aigu. Pour lui, l'accord est loin d'être établi sur la nature de cette affection mentale, qui reste à l'état de processus pathologique mal défini, à limites indé-

(1) Charpy. *Les Délires aigus*. Thèse de Paris, 1873.

(2) Briand. *Du Délire aigu*. Thèse de Paris, 1881.

cises et sans place marquée dans le cadre de l'aliénation. Est-ce une entité morbide ou un symptôme ? Est-ce une maladie sans lésions ou appuyée au contraire sur un substratum anatomique invariable ? Ce sont là, d'après M. Briand, tout autant de points sur lesquels les auteurs restent divisés. Pour lui, le délire aigu est une affection ayant sa source dans une altération du sang, dans un empoisonnement de ce liquide. Son opinion serait fondée principalement sur la présence de bactéries dans l'urine et de microbes dans le sang ; en outre, cette imbibition hématique de la séreuse aortique, certaines lésions cardiaques et musculaires semblables à celles que l'on rencontre dans toutes les affections typhoïdes, sont autant d'arguments qui amènent M. Briand à considérer le délire aigu comme une maladie éminemment infectieuse.

Cette opinion est encore mise en doute par M. Ball (1) dans ses Cliniques : « Ces altérations du délire aigu, dit-il, se rapportent évidemment à *l'état typhoïde qui prédomine, dans certains cas* ; mais ce serait une singulière exagération que d'en faire la lésion caractéristique de cette maladie. » Mais un an ou deux plus tard, dans son article du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, fait en collaboration avec M. Chambard, il se laisse peu à peu aller à l'hypothèse de M. Briand : « L'intégrité complète des centres nerveux peut s'expliquer de différentes manières : on peut, par exemple, invoquer l'existence de congestions trop faibles pour laisser

(1) Ball, *Leçons cliniques sur les Maladies mentales*, 1880-83.

des traces après la mort, ou d'une action toxique exercée directement sur les *éléments nerveux par le sang* ; le *délire aigu*, dans cette hypothèse serait une véritable maladie générale infectieuse à forme typhoïde : c'est là un point sur lequel nous avons à revenir. »

Les monographies récentes de Fürstner (1), d'Heidelberg, Schüle, Gottfried Jehn (2), Jensen (3), portant principalement sur des recherches anatomo-pathologiques, sembleraient établir une sorte de trait d'union entre les lésions du délire aigu et celles de la paralysie générale. Schüle surtout, qui a beaucoup écrit et disserté sur la question, distingue deux formes à cette maladie (le délire aigu) ; l'œdème se rencontrerait dans chacune d'elles, mais la congestion appartiendrait au type maniaque et serait remplacée par de l'anémie dans la forme mélancolique : quelquefois même, dans cette dernière, l'examen ne fournirait qu'un résultat négatif. Ne faudrait-il pas rapporter à cette forme les cas de délire aigu que Ball et Briand pourraient rattacher à *la toxhémie typhique* ?

Cette forme mélancolique et stupide du délire aigu, déjà décrite par Schüle et qui, dans la grande majorité des cas ne présente pas de lésion appréciable, a fait dans ces derniers temps l'objet d'un travail d'un

(1) Fürstner. — *Ueber delirium acutum*. Arch. de Westphal, 1880, t. ix, p. 517.

(2) Gottfried Jehn. — *Beitrage zur pathologischen anatomie acuter delirium*. Arch. de Westphal., 1878, t. viii, p. 594.

(3) Jensen. — *Ueber delirium actum mitgetheil in der. Allg. Zeitschr. f. Psych.* t. xi, p. 617.

médecin italien, le docteur Majorfi (1), travail paru en 1883 dans les *Archivio italiano per le Malattie nervose*, etc. Comme ses devanciers, M. Majorfi ne trouve à l'autopsie aucune lésion essentielle et caractéristique, et, après s'être livré à une série d'hypothèses sans en admettre aucune, il laisse le champ libre aux conjectures.

Si, de l'anatomie pathologique, nous nous plaçons sur le terrain clinique, nous voyons que la question du diagnostic différentiel, entre le délire aigu de l'aliénation mentale et le délire typhique, déjà étudiée par M. Dumesnil, est reprise par MM. Taguet (2) et Marandon de Montyel (3), l'un dans un article de la *Gazette de Bordeaux*, l'autre dans les *Annales Médico Psychologiques*, de 1883. D'après M. Taguet, la ligne de démarcation existant entre le délire suraigu et celui des maladies inflammatoires, surtout des fièvres typhoïdes est loin d'être bien définie : « Les symptômes du délire aigu, qu'ils soient pris en totalité ou en partie, dit-il, ne se rencontrent-ils pas dans certaines fièvres typhoïdes.

M. Marandon de Montyel n'admet plus comme signe différentiel le signe de M. Dumesnil, c'est-à-dire la présence de l'albumine dans l'urine. « De récentes recherches prouveraient qu'elle se rencontre dans l'un et l'autre cas. A mon avis, le signe important et qui devient même pathognomonique quand il s'associe à une fièvre vive et à une agitation intense,

(1) Majorfi. — *Archivio italiano per le Malattie nervose*, etc., 1883.

(2) *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 1883, n° 9.

(3) *Annales Médico Psychologiques*, mai 1883.

c'est le crachotement avec horreur des liquides... Je diagnostique, le délire aigu, soit comme entité, soit comme complication, quand je me trouve en présence de cette trilogie : fièvre vive, agitation intense, sputation avec horreur des liquides. »

Nous ne saurions mieux terminer cet historique qu'en citant l'opinion de M. Baillarger (1) sur le délire aigu. Cette affection d'après lui n'est que de la manie suraiguë : il n'y aurait au fond qu'une différence de degré et non une différence de nature. « M. Calmeil, ajoute-t-il, a fait remarquer que quand le délire aigu ne se termine pas par la mort, il peut être suivi de paralysie générale ou de folie simple chronique. M. Foville admet aussi ces deux modes de terminaison; mais je suis convaincu que l'un ou l'autre peut le plus souvent être prédit à l'avance. Si la maladie se termine par la paralysie générale, c'est qu'elle rentre ainsi dans son *cadre antérieur*. Il y a donc deux sortes de délire aigu et non un seul. Il faut distinguer un délire *aigu vésanique* et un délire *aigu paralytique*. En faisant cette distinction on explique, je crois, des faits qui sans cela semblent assez difficiles à concilier. »

(1) *Annales Médico Psychologiques*, mai 1884.

CHAPTRE II

EXPOSÉ DE LA QUESTION

On a dit avec raison, et l'on répète chaque jour que la dothiéntérie est une maladie générale à manifestations locales, et que quelques-unes de ses déterminations peuvent, dans certaines conditions encore mal établies et sous des influences inconnues le plus souvent, devenir prédominantes, au point de constituer des formes spéciales et distinctes de la maladie.

Parmi les nombreuses lésions de la fièvre typhoïde, on a coutume de décrire en première ligne les altérations de l'intestin, en seconde ligne les lésions du poumon, de l'encéphale, du larynx, du rein, de la peau, etc. Ces altérations de second ordre sont considérées, en général, comme des lésions accessoires dont l'existence n'est pas constante, tandis que les désordres, causés par la maladie dans toute l'étendue des voies digestives, sont nécessaires et seuls carac-

téristiques, à tel point qu'une maladie, considérée comme une fièvre typhoïde, qui ne laisserait pas après la mort de lésions intestinales, passerait, aux yeux de la grande majorité des cliniciens, pour une maladie toute différente, méconnue du vivant du sujet.

Tout le monde s'accorde néanmoins à accepter aujourd'hui que les lésions de second ordre, intéressant tout appareil autre que l'appareil digestif, peuvent, dans certains cas, acquérir une grande valeur et mériter qu'on impose à la maladie une épithète particulière : le laryngo-typhus, et la pneumo-typhoïde, très bien décrite par M. Lépine (1) appartiennent à cette catégorie de faits.

En effet, M. Lépine, qui a fait une étude approfondie de ce sujet, tend à rattacher les pneumonies initiales de la dothiéntérie à une forme spéciale de l'infection typhoïde, dans laquelle l'élément pneumonique peut être tout à fait prédominant au point que la maladie primordiale, c'est-à-dire la dothiéntérie est parfois modifiée dans sa marche et ses manifestations symptomatologiques. D'après MM. Lépine et Humbert Mollière, *il y aurait donc là une manifestation singulière du virus typhique consistant dans une localisation exclusive de la maladie sur le parenchyme pulmonaire*. Il s'agirait d'une véritable pneumonie de nature infectieuse dont l'évolution remplacerait celle des plaques de Peyer qu'on trouverait toujours intactes. « Il y a donc, dit Dreyfus-Brisac, toute une catégorie de faits, toute une série de cas relative-

(1) Lépine (R.) *Sur la pneumo-typh.* (*Lyon-Médical*, 31 déc. 1882).

ment nombreux, où, dans certaines épidémies les phénomènes abdominaux, pathognomoniques de la fièvre typhoïde, font absolument défaut, et où, en présence d'une pneumonie lobaire s'accompagnant de phénomènes typhiques, on est conduit par analogie à attribuer au virus typhoïde la localisation pulmonaire, alors même que le système lymphatique de l'intestin serait entièrement respecté. »

Lorsqu'on étudie ces lésions de second ordre de la dothiéntérie, on voit qu'il ne s'agit pas là de maladies spéciales, mais bien de formes différentes de la même maladie, formes tenant à la prédominance éventuelle sur tel ou tel organe, tel ou tel appareil, d'une des manifestations de la fièvre typhoïde. Il en est de même pour la forme spinale, bien connue depuis les recherches de Fritz (1) (1864), qui caractérise assez nettement une forme clinique plutôt qu'elle ne constitue une complication.

Nous pensons qu'il en est ainsi pour le délire aigu, au moins dans certains cas. Nous voulons donc établir, à la suite de notre historique, et par conséquent d'après ce que nous avons observé dans la plupart des auteurs, qu'il y a des cas de délire aigu qui ne sont autre chose qu'une forme particulière de l'infection typhoïde, et nous nous proposons d'indiquer les arguments qui militent en faveur de cette manière de voir.

Déjà un pas immense a été fait depuis les dernières

(1) Fritz. *Et. clin. sur div. symp. spinaux de la fièvre typh.* (thèse Paris, 1864).

recherches de M. le docteur Briand, et depuis la découverte qu'il a faite de bactéries dans le sang de malades atteints de délire aigu. On a bien découvert, il est vrai, des bactéries dans le sang de quelques malades atteints de paralysie générale, mais il s'agissait de malades ayant des escharres, ce qui permettait de supposer une communication de la plaie avec la circulation veineuse et d'interpréter ainsi la présence des bactéries dans le sang.

CHAPITRE III

NATURE DE LA MALADIE. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUES

Quelle est la nature de ce délire, si violent dans ses manifestations et laissant si peu de traces après la mort, délire qui a arrêté les auteurs le moins portés à admettre que des manifestations nerveuses peuvent exister sans aucune lésion matérielle appréciable ? Abercrombie (1) lui-même, qui a si bien et si scrupuleusement étudié le cerveau dans ses différentes affections qu'il regarde toutes comme inflammatoires, dit : « Il est difficile d'expliquer comment la mort survient dans cette maladie, elle paraît, en général, le résultat subit d'une extinction de la vie arrivant au plus haut degré de l'excitation, sans aucun des résultats immédiats de l'inflammation. »

Faut-il admettre une maladie sans altération organique (*sine materia*), un trouble purement nerveux ?

(1) Abercrombie, *Des maladies de l'encéphale*, 1835.

Quand on voit se dérouler une maladie si rapidement mortelle, quand on voit en si peu de jours l'économie tout entière atteinte jusqu'au marasme le plus profond, on ne peut comprendre que la cause première ne soit pas dans une lésion toute matérielle de cet organisme.

Les troubles intellectuels, produits par l'alcool, troubles aujourd'hui si bien connus depuis les travaux de M. Moreau de Tours, et les recherches plus récentes de M. Magnan, ne doivent-ils pas nous suggérer l'idée d'un rapport possible rattachant les cas qui nous occupent à une modification, voire même à un empoisonnement du sang? L'aspect typhique de nos malades, les troubles physiques qu'ils nous ont présentés, ne nous donnent-ils pas l'idée d'un état septicémique infectieux, comparable en tout point à l'infection dothiéntérique?

Maintenant, comment agit le poison typhique sur le système nerveux, lorsqu'il produit les délires initiaux et d'état de la fièvre typhoïde, lorsque, dans le délire aigu à forme franchement typhoïde, il semble y avoir une intégrité relative des centres nerveux? Pourquoi les parenchymes organiques sont-ils intacts si le sang qui les nourrit ne l'est pas? Ne doivent-ils pas subir des altérations visibles et tangibles.

L'on a cherché de tout temps s'il n'existait pas une lésion du cerveau ou de ses enveloppes qui pût rendre compte des symptômes observés. Malgré les recherches les plus minutieuses presque tous les anatomo-pathologistes anciens se sont vus forcés de conclure que la plupart des symptômes typhiques céré-

braux pouvaient exister sans que l'autopsie révélât aucune lésion suffisante pour les expliquer. C'est ainsi que Louis (1) (*Recherches anatomiques sur la fièvre typhoïde*), après avoir décrit avec le soin le plus scrupuleux toutes les lésions cérébrales qu'il avait pu constater chez les douze sujets dont le délire avait été le plus violent, arrive à ce résultat « que l'état apparent du cerveau ne pouvait expliquer les symptômes dont il avait été la source, à peu près comme l'état de la membrane muqueuse de l'estomac ne rend pas compte de l'anorexie et d'autres symptômes gastriques dans un grand nombre de circonstances. »

Andral (2) (*Clinique médicale*, t. 1), s'exprime à peu près de la même manière. « Il est, dit-il, peu d'organes chez les individus atteints de fièvres continues qui présentent plus de désordres fonctionnels que les centres nerveux ; il en est peu cependant qui, après la mort, présentent moins de lésions appréciables par l'anatomie, et s'il est pour nous une vérité démontrée, c'est que, dans les fièvres dites essentielles, il n'y a pas de symptômes nerveux qui ne puisse se manifester sans altération appréciable du cerveau et de ses dépendances. »

Griesinger (3) (*Traité des maladies infectieuses*), arrive à une conclusion analogue : « L'anatomie, dit-il, ne nous donne aucune explication sur ces états des centres nerveux. »

(1) Louis. *Recherches anatom. etc., sur la fièvre typhoïde*. 1844, t. II, p. 22.

(2) Andral. *Clinique médicale*, t. I, p. 621.

(3) Griesinger. *Traité des maladies infectieuses*, p. 372.

Les anatomo-pathologistes allemands se sont occupés d'une façon assez spéciale de la question. Buhl (*Ueber der Wassergehalt im Gehirn bei Typhus, Zeitsch. für ration. Méd.*, 1858), a trouvé dans un assez grand nombre d'autopsies de fièvres typhoïdes, le parenchyme cérébral mou, peu résistant, les cavités ventriculaires agrandies. Hoffmann (Leipzig, 1869), confirme ces recherches et admet, comme Buhl, un œdème aigu du cerveau avec ramollissement des parois ventriculaires et une proportion plus abondante du liquide céphalo-rachidien. Les lésions de ce genre sont assez fréquentes; mais il semble qu'elles doivent être considérées comme dépendant de l'hypérhémie cérébrale parfois très marquée et existant presque constamment dans le cours de la fièvre typhoïde. Elles résultent aussi souvent d'une modification cadavérique du cerveau, elles n'auraient dans ce cas aucun cachet spécial; puisqu'on les retrouve sur le cadavre alors même qu'il n'y a pas eu de symptômes nerveux graves dans la maladie.

Mais, à côté de ces lésions ordinaires et sans valeur intrinsèque bien marquée, Meynert (*Wien medical, Jahrbuch*, 1866) en signale d'autres plus importantes, c'est la pigmentation des cellules nerveuses et des parois capillaires, et quelquefois une dégénérescence grasseuse des mêmes cellules et de ces mêmes capillaires sanguins. Ces altérations rendraient compte de la friabilité des petits vaisseaux et expliqueraient les hémorrhagies cérébrales et méningées que l'on rencontre parfois dans le cours de la fièvre typhoïde.

Enfin, nous arrivons aux recherches de Popoff (*Ueber Veränderungen im Gehirn bei abdominaltyphus und traumatischer Entzündung*, *Arch. für path. anat. und Phys. Anal. in Revue des sciences médicales*, t. vi). Faites sous la direction de Recklinghausen, elles ont porté sur douze cerveaux de typhiques décédés du deuxième au troisième septenaire. Il a constaté l'infiltration du tissu cérébral par de petits éléments cellulaires, ressemblant aux corpuscules lymphoïdes ou aux granulations de la névroglie. Ces éléments sont groupés d'une façon caractéristique qui rappelle la disposition des cellules nerveuses, et, en employant des grossissements considérables, on s'aperçoit que ces éléments sont répandus en grand nombre dans les espaces pericellulaires décrits par Obersteiner, et qu'assez souvent ils ont pénétré dans la cellule ganglionnaire elle-même. Il en est de même pour la gaine périvasculaire de Robin qui, d'ordinaire, est remplie des mêmes corpuscules.

Ces corpuscules proviendraient du sang et seraient la suite de la leucocytose qui existe constamment dans le typhus abdominal. On constate très souvent une segmentation et même une prolifération avancée du noyau de la cellule nerveuse. L'auteur fait remarquer à ce sujet que la segmentation ne dépend pas absolument de la pénétration des cellules migratrices, puisqu'on l'observe sans qu'il y ait pénétration d'éléments. Outre la segmentation du noyau, on voit encore assez fréquemment celle du protoplasma.

L'altération qui paraît caractéristique de la fièvre typhoïde, c'est-à-dire la pénétration des leucocytes dans les cellules ganglionnaires et la segmentation du noyau de ces dernières, d'après Popoff, ne manqueraient dans aucun cas.

Il résulte encore de ces recherches que les altérations typhiques du cerveau n'ont rien de spécial ; elles offrent surtout de l'analogie avec celles qu'on trouve au voisinage des abcès. Ainsi les altérations inflammatoires du cerveau ne se distinguent pas essentiellement de celles qu'on rencontre chez les typhiques. La seule différence appréciable serait celle-ci : dans la fièvre typhoïde, les modifications qui se produisent dans l'appareil lymphatique amènent une agglomération de leucocytes dans les espaces pericellulaires du cerveau, à une époque où les cellules ne présentent que peu ou point d'altération. (Popoff.)

Blaschko (1881) conteste la valeur de ces recherches ; Rosenthal (1881) signale des lésions inflammatoires et dégénératrices des cellules ganglionnaires et croit avoir observé la multiplication de ces éléments.

M. Emile Krœpelin, dans un travail récent sur les *Psychoses consécutives aux maladies aiguës*, admet parfaitement, mais sans preuves anatomiques ni expérimentales à l'appui, que le poison typhique a une action directe sur le système nerveux ; il rattache la pathogénie des délires typhoïdes à ce qu'il nomme la *toxémie typhique*. Cette opinion est repoussée énergiquement par M. Luys, qui ne voit, dans l'éclosion de ces délires, que des manifestations pures et simples

de la congestion cérébrale. « La congestion cérébrale, dit M. Marandon de Montyel, qui se range à l'avis de M. Luys, voilà la source des délires typhiques et la preuve en est dans les symptômes mentaux, symptômes caractéristiques de la manie conjective. D'ailleurs, ces congestions sont de règle dans le stade initial de la fièvre typhoïde. Si le plus souvent elles se révèlent par des épistaxis, d'autres fois elles apparaissent sous forme d'hémorrhagie intestinale ou de métrorrhagie, et il n'est pas exceptionnel qu'elles se portent du côté de la moelle. »

De tous ces faits, que faut-il prétendre ? C'est qu'il existe des modifications intimes, moléculaires de l'élément nerveux, dues au contact de l'agent typhique ; ce qui le démontre surtout, c'est que la fonction reste modifiée alors que cet agent a fini son rôle et que la maladie est terminée. Les recherches de Meynert, Popoff, Lebert et Hoffmann viennent de montrer, en effet, que dans la fièvre typhoïde, plus que dans les autres maladies aiguës, les centres nerveux subissent des altérations profondes.

Mais ces altérations ne sont-elles pas le plus souvent secondaires ? Ne peuvent-elles pas être considérées comme analogues à celles que l'on observe quand on vient à étudier le foie, la rate ou les muscles des typhoïdiques ? Elles peuvent rendre compte dans la suite de certains symptômes nerveux observés dans le cours de la maladie. Mais ces accidents nerveux si graves, ces troubles psychiques si variés du début et de la période d'état de la dothiéntérie ne sont-ils pas sous la dépendance d'un empoisonne-

ment général du sang par un principe infectieux?

Il y a donc quelque chose de plus général dans la pathogénie des troubles cérébraux typhiques. Il y a quelque chose de plus que la congestion cérébrale (Luys), que des accidents de nature reflexe (Christian), que de l'épuisement nerveux (Jaccoud), que de l'anémie ou de l'œdème cérébral, que de l'hyperthermie fébrile. Il y a un poison infectieux dont l'origine parasitaire a été parfaitement démontrée en Allemagne, par Klebs (1880), et, en France, par des partisans très autorisés, parmi lesquels il suffit de citer Bouchard (1881) et Arnould. On a cherché et on a trouvé des microbes dans les tissus et dans les humeurs des typhiques, de même qu'on en a trouvé dans le sang des malades atteints de délire aigu. Non seulement les micro-organismes pullulent dans l'intestin, mais une étude minutieuse a démontré qu'ils s'en rencontrent aussi dans le sang et dans des tissus et organes, où l'on n'en trouve jamais à l'état normal.

Mais, arrêtons-nous ici, dans notre excursion, peut-être un peu prématurée, à travers le domaine de la pathologie expérimentale et attendons, dans cet ordre d'idées, des recherches qui ne manqueront pas certainement d'amener des résultats. Le jour n'est peut-être pas loin, où l'anatomo-pathologiste découvrira le microbe typhique, dans la sérosité œdémateuse qui s'échappe à l'autopsie des ventricules cérébraux et où, par la suite, la localisation du poison dothiéntérique sur le cerveau, pourra tout aussi bien être démontrée que celle que l'on avait, jusqu'à présent, l'habitude d'observer dans l'intestin.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE. — OBSERVATIONS

Dans ce chapitre, nous avons réuni quelques observations, prises dans les auteurs, et nous les avons d'après l'ensemble de leurs symptômes, groupées en deux classes.

1° Observations dans lesquelles le délire aigu avait un cachet franchement typhoïde et qui, à l'autopsie, n'ont donné que des lésions peu appréciables.

2° Observations dans lesquelles les symptômes encéphaliques graves et la coïncidence évidente d'un état typhique très net, avaient fait poser le diagnostic dothiéntérie et dans laquelle on ne trouve, dans la suite, aucune altération des plaques de Peyer.

Chemin faisant, nous annoterons ces observations et montrerons les relations cliniques et symptomatologiques, qui peuvent exister entre ces quelques cas de délire aigu à forme typhique, et ces fièvres typhoïdes, à localisation essentiellement cérébrale.

OBSERVATION I (1)

Une dame, âgée de soixante ans, présentait depuis douze ans une aliénation mentale caractérisée tantôt par une grande agitation, tantôt par une mélancolie profonde. Elle était depuis trois jours dans un délire violent, poussant des cris, voulant se jeter par la croisée, brisant les objets. Elle avait la face colorée, la tête chaude, l'œil hagard, la langue sèche et rouge, le pouls à cent pulsations, peu développé. Elle chantait presque continuellement ou tenait des discours singuliers. Elle crachotait sans cesse, refusait de boire ou rejetait les boissons après les avoir gardées dans la bouche. Emissions sanguines locales et générales, employées avec modération à cause de la faiblesse de la malade, bains prolongés avec affusions froides, calomel, tout fut inutile. Au bout de quelques jours, à cette agitation succède de l'*abattement, un véritable état typhoïde : prostration profonde, subdelirium avec une sorte de marmottement* et de la jacitation de la tête. *Langue et dents fuligineuses, elle refuse absolument de boire* ; il faut employer la sonde œsophagienne. Elle s'affaisse graduellement et succombe enfin huit jours après son admission à la maison de santé.

L'autopsie fut faite trente-six heures après la mort.

M. Brierre de Boismont examine très soigneusement l'encéphale avec M. Bricheteau, et dans la description détaillée qu'il en donne il faut reconnaître, avec ces deux médecins que l'encéphale n'a présenté, chez ce sujet, aucune lésion appréciable à laquelle il fut possible de rapporter l'aliénation durant depuis douze ans, ou le délire aigu manifestement typhique qui avait précédé la mort. Le tube digestif ne présentait en effet rien de particulier : l'estomac, l'œsophage et

(1) Brierre de Boismont, *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Paris, 1811-12.

le pharynx offraient des traces de rougeur dont les unes paraissaient dues au contact de la sonde, les autres aux effets de l'abstinence. Les intestins ne contenaient que des matières fécales.

La malade, qui fait le sujet de cette observation, était atteinte depuis douze ans de folie à double forme, genre de folie aussi débilitant que possible par le passage constant de la période mélancolique qui fait tout craindre, tout fuir, tout refuser, à la période d'excitation maniaque qui fait tout oublier. Il y aurait donc tout lieu d'admettre que, sous l'influence : 1° de cette diathèse névropathique, c'est-à-dire la folie ; 2° de cette débilitation antérieure, le délire aigu devait revêtir le caractère éminemment typhoïde.

OBSERVATION II (1)

Délire aigu. — Mort. — Autopsie. — Accidents typhiques, ataxo-adiynamiques. — Pas de lésions intestinales ni cérébrales.

M. S..., allemand d'origine, entre le 15 octobre à la maison de Charenton. — Il a été arrêté le 14 dans l'église Notre-Dame, où il faisait du scandale en criant : « Tuez-moi !.. J'ai voulu tuer mon roi ! »

Pas de détails sur ses antécédents.

15 octobre. — Au moment de l'entrée de M. S..., l'interne de garde constate son état. M. S..., grand, mince, d'un tempérament lymphatique ; sa pâleur est extrême. On ne peut lui arracher une phrase, un mot. Il ne veut se mouvoir en aucune façon, ni rester debout ; il ne fait aucune résis-

(1) Thèse Thulié, 1865, *loc. cit.*

tance, mais s'affaisse volontairement dès qu'on le lâche, et tombe la face contre terre. On est obligé de le déshabiller et de le porter sur son lit. Dès qu'il est couché, il se débat, toutefois sans prononcer une parole, sans pousser un cri. On est obligé de le fixer sur son lit. Pouls, 90 puls.

16 octobre. — La nuit a été mauvaise : cris, vocifération par instants. Le malade parle allemand; on ne comprend pas ce qu'il peut dire. Pendant la visite, il reste immobile et inerte, comme hier soir; il est impossible de rien obtenir de lui. Bouillon; limonade Rogé, une bouteille.

17. — Agitation extrême, cris, violences. M. S... cherche à frapper les infirmiers qui le soignent. On ne peut le décider à montrer sa langue; les lèvres et les gencives sont humides; la peau est chaude et sèche; pouls petit, fréquent, 110 puls. Constipation opiniâtre. — Potages; volaille; bains de 2 heures; eau-de-vie allemande, 25 grammes; limonade.

18. — Le malade a refusé toute nourriture et toute boisson; il est immobile, ne veut répondre à aucune question; accès de violence; l'œil est brillant pendant les accès. Il cherche à mordre et à frapper. Même fréquence de pouls; pas de selles. Douze sangsues derrière les oreilles; lavement purgatif.

19. — Agitation plus grande, mouvements violents, paroles entrecoupées, refus opiniâtre des boissons; colère quand on lui en présente. Petit-lait avec tartre stibié, 0gr.05, seize sangsues derrière les oreilles.

20. — Hier, dans la journée, abattement profond; vers le soir, accès de fureur, cris. Le refus des boissons persiste. Petit-lait stibié; chiendent nitré, 4 gr.; bain 1 h. 1/2.

21. — Agitation incessante; paroles entrecoupées prononcées avec fureur; œil brillant; lèvres sèches; il refuse de montrer sa langue; violences envers les gens qui le servent; Vers le matin, convulsions légères dans les bras; peau sèche et brûlante. Douze sangsues derrière les oreilles; petit-lait avec sulfate de soude, 15 gr.; bain à 26°, 4 h. 1/2; glace sur la tête.

22. — *Le malade est immobile dans le décubitus dorsal, ne dit plus un mot depuis hier; les mâchoires sont serrées convulsivement; amaigrissement rapide, pâleur terreuse, œil terne, lèvres sèches et rougeâtres, dents fuligineuses;* le malade exhale une mauvaise odeur. Pouls petit, extrêmement fréquent, cent trente pulsations; deux bains; sulfate de soude, 10 gr., deux fois; glace sur la tête.

23. — Même état. Constipation. Lavement purgatif; glace sur la tête.

24. — *Immobilité absolue, affaissement profond, la maigreur augmente, fuliginosités des dents.* Les mâchoires sont desserrées, *mais le malade rejette les liquides qu'on lui introduit dans sa bouche. Peau chaude, sèche.* Vésicatoires aux cuisses; lavement purgatif, glace sur la tête.

25. — Le malade prononce quelques mots. Tous les symptômes persistent. Vers le matin, convulsions des bras. Lavement purgatif.

26. — L'affaiblissement augmente. Le malade a repris son immobilité absolue. Constipation persistante. Huile de croton, six gouttes; petit-lait stibié.

27. — Même état. Calomel 0^{gr}.40; une capsule de croton.

28. — Rigidité de la mâchoire, légères convulsions des bras, refroidissement sensible. Après quelques heures d'un collapsus profond, le malade meurt.

Autopsie faite trente-six heures après la mort. — Maigreur extrême. Rien de particulier à noter dans les os du crâne ou dans la dure-mère. Arachnoïde absolument saine; très légère congestion des vaisseaux de la pie-mère, au niveau de la scissure de Sylvius, de chaque côté. Pâleur de la substance grise; rien à noter dans la substance blanche. Cervelet, protubérance, bulbe sains. Rien à noter dans la poitrine, si ce n'est que le cœur est d'un petit volume. Estomac et intestin grêle manifestement rétrécis.

Voilà une observation dont les symptômes nerveux graves ne donnent après la mort aucune trace

d'inflammation ou de dégénérescence quelconque dans le cerveau. N'y aurait-il vraiment pas lieu d'invoquer une cause d'origine toxique, ayant occasionné ces accidents à forme typhique dans ce cas de délire aigu ?

OBSERVATION III (1)

Délire aigu. — Etat typhique. - Myosite infectieuse.

Le 5 juillet 1880, le nommé Michel S..., âgé de 30 ans, est amené à la clinique des aliénés par la police avec indication que, dans la matinée, il avait fait dans la rue toute espèce d'excentricités, s'était déshabillé en disant qu'il était l'empereur, le grand duc, que l'ange Gabriel lui aurait annoncé d'aller à Heidelberg, etc.

A l'entrée, on constate un assez violent tremblement de la langue et des mains, la langue est saburrale, l'incohérence des idées est manifeste.

Dans la matinée du 6 juillet, grande agitation; le malade se roule sur le sol, etc., refuse la nourriture. Le délire maniaque est fortement accentué.

A partir du 7 juillet, on assiste à un état ataxo-adyynamique assez net : fièvre, 39° 5, facies un peu pâle et abattu, lèvres et langue sèches, sugillations sur le corps, légère rougeur au sacrum, même excitation maniaque. Impossible de faire prendre de la nourriture. Constipation.

L'examen des organes est négatif. Reste tout le jour assez tranquille mais le soir, surtout, on remarque une recrudescence de l'agitation et du délire.

Plusieurs expériences sont faites avec du sang pris au doigt du malade : on remarque qu'il est de couleur re-

(1) Fürstner. *Ueber delirium acutum*. Arch. de Westphal.

marquablement foncée, l'examen microscopique, qui a été, il est vrai, fait à la hâte, n'a rien montré d'anormal.

La forme typhique du délire s'accroît : stupeur faciale, dents et lèvres fuligineuses, grande élévation de la température. — Malgré des injections d'éther, collaps, croissant. Mort.

L'autopsie donna les résultats suivants :

D'abord un état négatif du côté du cerveau ; les veines de la pie-mère étaient remplies de sérosité ; les ventricules latéraux contenaient un sérum peu clair. Par contre, ce qu'il y avait de caractéristique, c'était une *dégénérescence particulière des muscles*, triceps fémoral, grands droits de l'abdomen, biceps et diaphragme. « L'examen microscopique, dit M. Füntner, montra diverses fibres de teinte jaunâtre, les unes dégénérées en grumeaux, d'autres où la raie transversale était seulement indiquée, d'autres où elle était excessivement étroite, bref des figures correspondant pleinement avec celles données par Zenker dans la fièvre typhoïde ».

Nous trouvons donc, dans cette observation de délire aigu, outre les symptômes manifestes de l'infection typhique, une myosite bien nette des muscles striés, myosite des maladies infectieuses, très bien décrite par M. Strauss (1) dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

OBSERVATION IV (2)

R., 40 ans, de caractère ordinairement gai, montrait depuis quelques jours des inquiétudes non motivées, perdait l'appétit et le sommeil et « se sentait tout drôle » pour em-

(1) Strauss. *Dict. de Jaccoud*, t. XXIII p. 420.

(2) Briand. Thèse Paris, 1881.

ployer son expression. Il n'a jamais fait d'excès alcooliques, et exerce très régulièrement son métier de doreur sur bois. Le 12 décembre 1880, il quitte l'atelier et se rend à la maison, non sans difficulté; il avait des bourdonnements dans les oreilles; chemin faisant, ces bourdonnements se transforment, il lui semble entendre comme des murmures et des chants, mais il a parfaitement conscience de ces illusions et il arrive chez lui, se plaignant de *lassitude extrême*, de *céphalalgie*. « Il a comme un vide dans la tête, » et se couche. Le sommeil ne vient pas; il se tourne et se retourne dans son lit sans pouvoir dormir, attendant avec impatience le moment de se lever pour se rendre à l'atelier; mais, le jour venu, *il ne peut se livrer à ses occupations habituelles; il est abattu*, fait même quelques gestes qui attirent l'attention de ses camarades, et quitte enfin l'atelier pour revenir à la maison. Dans la journée ces symptômes continuent à s'aggraver, R... monte dans sa chambre et s'étend tout habillé sur son lit, s'excite encore un peu, appelant ses parents, parlant beaucoup, et finalement devient d'une grande loquacité avec complète incohérence. Il voit tout le monde mort autour de lui, les figures de ceux qui l'approchent sont décomposées, et il cherche à mordre et à frapper quiconque l'aborde.

Le lendemain, son frère faisait les démarches nécessaires pour le conduire à Saint-Anne, où il arrivait le 13 au soir. La famille qui, selon son habitude en pareil cas, cherche à l'invasion de la maladie une cause immédiate et récente, l'attribue à des scènes de jalousie que lui faisait sa femme.

Renseignements pris, elle n'est pas plus jalouse que le commun des femmes, mais, en revanche, le mari est coureur et s'est livré de tout temps aux excès vénériens. Comme renseignements héréditaires, on trouve un oncle mort à Bicêtre (délire chronique avec prédominance d'idées mystiques).

A son arrivée, le malade présente une mobilité extrême de la face, il a l'aspect effrayé, regarde avec crainte ceux qui l'approchent, recule et cherche à fuir. *Le poulx est petit.*

fréquent (130 pulsations), la langue est sèche, les dents sont enduites d'une matière noirâtre, l'haleine est fétide, le regard brillant, la peau sèche et rugueuse, la face pâle les pommettes rosées, la sensibilité est conservée.

Constipation, T. R., 39,2. Pendant la nuit, excitation incessante; le patient se sauve en criant d'un bout à l'autre de sa cellule. Le lendemain, à la visite, les symptômes sont les mêmes, et M. Magnan n'hésite pas à porter le *diagnostic de délire aigu*. Les cris qu'à poussés le malade depuis la veille l'ont rendu aphone.

A l'auscultation du cœur, léger bruit de souffle au premier temps et à la base.

Sulfate de quinine: 1 gramme. Lait, chocolat, potage, viande hachée. Lavement à la glycérine

Le 15 au matin, l'excitation est moindre; le malade reste étendu sur son lit dans le décubitus dorsal; les bras seuls sont en mouvement; toux légère avec expectoration muco-purulente; résonnance un peu moindre à la base, en arrière et à droite; souffle un peu rude en ce point; quelques râles bronchiques généralisés; râle trachéen abondant.

Dans la soirée, l'état s'aggrave. *Une sécrétion purulente s'accumule dans les conjonctives; les dents et les lèvres deviennent de plus en plus fuligineuses; puanteur extrême de la bouche.*

Le 16 au matin, dépression. D'après le rapport du veilleur, R... est dans cet état depuis neuf heures du soir, il essaie encore quelques mouvements incoordonnés; l'articulation des mots est devenue difficile, la langue s'ulcère; le malade crache les aliments qu'on lui met dans la bouche. Temp. rect., 41,2; pouls impossible à saisir. La constipation du début s'est changée en diarrhée; la faiblesse extrême rend le cathétérisme œsophagien impraticable.

A la contre-visite, respiration stertoreuse; l'asphyxie commence, les ongles sont violacés. Mort à cinq heures et demie du soir.

A l'autopsie, pratiquée vingt-quatre heures après la mort,

les os du crâne se présentent un peu injectés, ils adhèrent à la dure-mère et cette adhérence remonte à une assez longue date; les méninges sont lactescentes par places; elles contiennent en outre une assez grande quantité de liquide. Vivement injectées au pourtour de la scissure de Sylvius et surtout au niveau de la pariétale ascendante droite, elles se détachent facilement; on ne peut pourtant attribuer la facilité avec laquelle elles s'enlèvent à l'abondance du liquide, comme cela se rencontre quelquefois; car on ne voit nulle part ce pointillé particulier qui indiquerait qu'elles auraient été décollées.

A la coupe du cerveau, on est surtout frappé d'une marbrure, d'une teinte hortensia, de toute la substance blanche. Cette marbrure, qui est très peu accusée, s'écarte complètement, tant par son intensité que par son aspect, de ce qu'on rencontre dans l'encéphalite. La substance grise des noyaux centraux ne paraît avoir subi aucune modification, tandis que celle des circonvolutions présente une décoloration et une pâleur uniformes.

Le poumon droit est congestionné dans son quart inférieur en arrière, sans inflammation active, le cœur est un peu gras, flasque et décoloré; l'aorte, sans lésion valvulaire, présente au niveau de la grande courbure une bande longitudinale de deux centimètres de largeur reposant sur les valvules sigmoïdes et offrant une couleur lie de vin sans élévation. On rencontre aussi quelques plaques d'athérome, le foie est jaunâtre; il en est de même pour la substance corticale du rein. Pas d'infractus.

L'examen attentif du tube intestinal ne révèle aucune lésion.

Analysons un peu cette observation en détail :

La longue durée des prodromes, les premiers symptômes consistant dans un sentiment de fatigue extrême, une certaine inaptitude au travail, une cépha-

lalgie opiniâtre dénotent déjà l'existence d'une maladie infectieuse. Dans la période d'état, l'aspect typhique de ce malade est particulier ; la fièvre est vive avec fréquence du pouls et élévation de la température ; le délire maniaque du début fait bientôt place à un délire stupide, dépressif et adynamique ; la langue sèche, langue *de perroquet*, l'enduit fuligineux qui recouvrent les dents et la muqueuse buccale, tout confirme encore l'idée d'un état septicémique.

Un symptôme particulier, et que nous avons remarqué dans les quatre observations qui précèdent, c'est cette espèce de *sitiophobie*, *d'hydrophobie*, que l'on rencontre le plus souvent dans les fièvres typhiques. On remarque, en effet, chez la plupart des malades affectés de cette forme de délire aigu, un spasme du pharynx qui ne doit pas être pour peu de chose dans leur refus obstiné et violent. C'est là un symptôme d'ordre purement réflexe dans la dothiéntérie, mais qui, dans le délire aigu, tient en partie aux idées délirantes des malades. « Cette hydrophobie réflexe, dit le professeur Ball, ne doit pas être assimilée à l'hydrophobie rabique, dont elle n'a que les apparences les plus grossières. Chez l'enragé, la vue, l'odeur des liquides, le seul fait d'en entendre parler provoquent l'horreur et le spasme pharyngien ; dans le délire aigu, le contact est nécessaire pour déterminer les mêmes effets. »

Pour en revenir à l'observation de M. Briand, il signale une coloration rougeâtre de la séreuse aortique au-dessus des valvules sigmoïdes ; il y aurait là une espèce d'endartérite localisée, il est vrai, mais

bien étudiée dans ces derniers temps, par H. Martin (1881-83), d'une façon plus générale sur les petits vaisseaux et qu'il regarde comme une lésion constante dans les affections typhoïdes. L'examen du sang, dans ce cas, aurait pu nous révéler la présence de l'agent typhique, cause première de troubles physiques et intellectuels.

OBSERVATION V (1)

Fièvre typhoïde à prédominance cérébrale

Il s'agit d'un homme d'une constitution robuste et d'une bonne santé habituelle; il a été pris, sans cause connue, de céphalalgie et de malaise général; n'a pas eu d'épistaxis, pas de délire ni aucun autre phénomène nerveux, a eu quelques envies de vomir, pas de diarrhée, mais plutôt un peu de constipation.

A son entrée à l'hôpital, il a le visage injecté, les pommettes rouges; le pouls est élevé à 76, la peau chaude et sèche. Le thermomètre donne 38°2. Il a une céphalalgie frontale assez intense, des vertiges, des éblouissements, un peu de paresse intellectuelle se traduisant par de la lenteur dans les réponses; le malade tombe facilement dans un état de torpeur d'où on a quelque peine à le tirer. L'appétit est perdu la langue blanchâtre est un peu sèche; il n'y a pas de sensibilité au creux de l'estomac, le ventre est un peu déprimé; il y a un léger gargouillement dans la fosse iliaque droite; on ne distingue pas de taches rosées lenticulaires. Il a de la constipation depuis trois jours. La toux est fréquente; quelques râles muqueux. Rien au cœur; nuage albumineux dans les

(1) *France médicale*, 1877.

urines ; on diagnostique, une *fièvre typhoïde à forme adynamique*.

Pendant sept jours, ce malade a présenté dans son ensemble tout le cortège symptomatique de la dothiéntérie; fièvre continue, délire et agitation pendant la nuit, taches rosées lenticulaires, céphalalgie, soubresauts de tendons, dilatation pupillaire, mais cependant il a eù plutôt de la constipation que de la diarrhée. Il meurt, pris de convulsions tétaniques des muscles du tronc avec arrêt de la respiration.

L'autopsie a été pratiquée 24 heures après la mort. *L'intestin ne présentait aucune lésion des plaques de Peyer*. Pas d'engorgement des ganglions mésentériques.

La région moyenne de l'encéphale était recouverte à la base d'un exsudat gélatiniforme, peu consistant, de couleur jaune verdâtre et dans lequel l'examen le plus scrupuleux ne fait pas découvrir de granulations tuberculeuses.

Les méninges sont injectées, mais non épaissies.

La moelle est congestionnée dans sa partie cervicale; on ne trouve pas de traces d'inflammation.

Les points intéressants de cette observation ont trait au diagnostic et aux lésions anatomiques. Le diagnostic des premiers jours a été, d'après l'observateur : fièvre typhoïde, et ce diagnostic semblait justifié par les symptômes que présentait le malade, et par l'évolution des accidents initiaux. Sans doute, il y avait quelques anomalies, la constipation entre autres et les troubles psychiques disproportionnés à l'intensité apparente de la maladie ; mais les caractères positifs (gargouillement iliaque, taches rosées, phénomènes thoraciques), semblaient prévaloir. Les lésions anatomiques sont venues complètement à l'encontre du diagnostic, l'absence complète de lésions intestinales d'un côté, l'intensité des accidents encé-

phaliques de l'autre, nous amènent donc naturellement à admettre qu'on avait affaire à la forme cérébrale de la fièvre typhoïde.

OBSERVATION VI (1)

Accidents typhiques et méningitiques; pas de lésions intestinales ulcéreuses; pas de lésions des méninges.

M., Eugène, 10 ans, entre le 8 novembre 1869, salle St-Benjamin, service de M. Barthez.

Le 5 novembre, l'enfant revient de classe avec de la céphalalgie et des douleurs dans les jambes, puis il a des vomissements. Nuit assez tranquille.

Le 6, il mange du café qu'il vomit. La journée se passe bien. Le soir, *agitation violente*, puis *délire bruyant*; dans la nuit, *le cou est raide et renversé parfois en arrière*.

Le 7, un purgatif amène des selles abondantes. Journée calme. La nuit, le délire et l'agitation reparaissent.

Le 8, l'enfant entre à l'hôpital avec une raideur très prononcée du cou, la tête renversée. On ne peut toucher l'enfant sans le faire crier. Le soir, il est dans un demi-coma avec céphalalgie; lorsqu'on l'en tire, il est agité, mais répond assez bien et accuse de la céphalalgie et de la douleur dans le membre inférieur gauche. Peau chaude, pouls fort, régulier, 124. *Ventre tuméfié et douloureux à la palpation. Facies immobile; yeux demi-clos; narines sèches; gencives fuligineuses; lèvres croûteuses*. Respiration normale. Dans la nuit, *délire bruyant et diarrhée*.

Le 9, l'enfant est dans le coma, mais entend et répond; il n'a plus d'agitation. Soif vive. Par moments, un peu de strabisme convergent.

(1) Tirée de la thèse de Hugues, Paris 1875; communiquée par M. Joffroy.

Le 10, diarrhée persiste; ventre gros et tendu, très douloureux à la pression. Hyperesthésie musculaire excessive; cou toujours renversé; les muscles de la nuque forment deux cordes saillantes, très douloureuses à la pression; poumons sains; cœur à battements faibles, sourds, mais réguliers, 132. Température : 41°, matin et soir.

Le 11. Tête toujours renversée, hyperesthésie musculaire marquée, surtout dans les membres inférieurs, les parois de l'abdomen, le bras gauche et les muscles de la nuque. Plus de strabisme. Pupilles égales, contractiles, normales. Pouls, 160, Temp., 41° 4.

Le 12. Râle laryngo-trachéal très bruyant. Pouls, 164. Temp., 41° 5; la mort arrive à 11 h. matin.

Autopsie, 24 heures après la mort. — *Les méninges encéphaliques et rachidiennes ne présentent rien à noter* si ce n'est que les veines sont gorgées, comme les sinus, d'un sang noir et fluide. Rien pour le cerveau et la moelle. Le tissu nerveux n'est pas injecté.

Rien de particulier à noter pour les autres organes.

L'estomac, petit, est intact. Dans la seconde moitié on trouve à trois endroits l'intestin rouge, injecté uniformément et sur toute la surface de la muqueuse dans une largeur de dix centimètres. *Les follicules et les plaques de Peyer sont très développés; ceux du gros intestin également, mais aucun n'est ramolli ni ulcéré.*

Cette observation ne peut être intitulée dothiéntérie comme on l'avait cru pendant la vie de la malade; cependant, les symptômes observés et le développement anormal des plaques de Peyer et des follicules clos, trouvés à l'autopsie, permettent de ranger cette affection dans la classe des maladies typhiques. Les vomissements, la fièvre très intense, sans rémission insignifiante, le strabisme, l'extension

forcée de la tête sur le tronc, pouvaient faire penser à une méningite ; et cependant l'autopsie est venue infirmer ce diagnostic ; les méninges n'offraient qu'une congestion veineuse, mais pas de trace d'inflammation. Ne faut-il pas songer dans ce cas à l'existence d'une fièvre typhique à localisation cérébrale prédominante ?

A la suite de ces observations comment distinguons-nous un délire aigu à forme typhoïde d'une fièvre typhique à localisation cérébrale ? Existe-t-il une ligne de démarcation bien définie entre les deux ? Le délire aigu est caractérisé par une excitation générale de toutes les facultés intellectuelles et par une perte complète de la personnalité, le malade est, nous l'avons vu, d'abord en proie à des hallucinations et des illusions de toutes sortes, puis les idées systématisées s'effacent et le bavardage incohérent du malade se transforme peu à peu en une rêvasserie plus calme.

Le regard est animé, la figure colorée, la peau chaude, le pouls fréquent, la température élevée comme dans les affections les plus graves. Il y a presque toujours de l'exagération de la sensibilité, soit générale, soit spéciale. On constate des soubresauts dans les tendons, certains muscles vibrent sous la main. Il n'est pas rare de constater de l'albumine dans les urines.

Ces symptômes, qu'ils soient pris en totalité ou en partie, ne les avons-nous pas rencontrés dans nos cas de fièvre typhoïde à forme cérébrale ? Il y a plus, les lèvres, la langue, les gencives deviennent fuli-

gineuses. « On voit se développer, dit M. Ball, des pétéchies, des ecchymoses, des escharres. On constate, en outre, un affaiblissement de l'impulsion cardiaque. »

Après une durée de quelques jours, l'agitation fait place à de la dépression, à de la somnolence, à de la prostration : le pouls devient petit, misérable, les malades meurent dans le coma ou bien meurent sans secousses. N'est-ce pas là une manière d'être, une terminaison à nos deux états typhiques ?

La nature des hallucinations nous paraît même insuffisante à éclairer le diagnostic ; et bien qu'elles revêtent le plus souvent dans le délire aigu le caractère terrifiant, on ne saurait en faire une règle générale ; il peut arriver, en effet, que ces caractères fassent complètement défaut et que l'hallucination dans le délire aigu se systématisse, se rapporte à une seule idée, comme dans certains cas de fièvre typhoïde. M. Barié (1) en a rapporté deux exemples remarquables : dans le premier, il s'agit d'une femme de 24 ans qui est poursuivie par l'idée de damnation ; elle a, dit-elle, empoisonné son enfant et les démons viennent la chercher ; ce délire systématique se prolonge autant que la fièvre pendant 25 jours. Une autre malade eut un vrai délire de persécution, elle croyait que tout le monde complotait contre elle, s'imaginait qu'on lui avait coupé la tête ; un jour elle se leva pour étrangler sa voisine. Cette lypémanie dura 8 à 10 jours, mais les troubles intellectuels,

(1) Barié. *Union Médicale*, 1877.

au lieu de disparaître avec la fièvre, persistent ; la malade tombe dans la stupeur avec mutisme.

Il y a donc entre le délire aigu à forme typhoïde et la dothiéntérie à localisation cérébrale prédominante, des analogies cliniques évidentes, et, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic sera d'une difficulté sérieuse.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le délire aigu d'origine typhique ne forme pas un tableau tellement spécial qu'il ne puisse être confondu avec d'autres états morbides qui présentent comme lui des troubles graves des facultés intellectuelles.

Appelé auprès d'un malade atteint de cette forme de délire aigu, un médecin qui n'aurait pas suivi la marche antérieure des accidents et qui n'aurait pas de renseignements sur les antécédents du malade, pourrait croire qu'il a affaire à une dothiéntérie à forme ataxo-adynamique, à une pneumonie ou à une maladie viscérale compliquée de délire.

Insistons un instant sur le diagnostic différentiel d'avec la fièvre typhoïde, diagnostic qui, dans l'espèce, est des plus importants et des plus difficiles, puisque même des aliénistes compétents ont pu se tromper. Il arrive souvent, en effet, de voir des ma-

lades, atteints de cette affection, être amenés dans des asiles d'aliénés comme frappés de délire aigu.

Chez certains typhiques, les troubles mentaux qui se manifestent au début, consistent surtout en agitation maniaque d'une grande violence, et, on comprend d'autant plus facilement les erreurs commises, qu'au début de la fièvre typhoïde, les manifestations délirantes sont ordinairement dépressives. Cette manie, sous laquelle se cache la dothiéntérie, a-t-elle des signes pathognomoniques permettant de la distinguer de la manie suraiguë ? C'est là une grave question, qui intéresse, non pas seulement le médecin, dont la dignité peut se trouver compromise, mais surtout le malade dont la vie dépend du jugement porté. De l'avis des auteurs, il n'est guère possible de faire son diagnostic différentiel par le seul examen de l'état mental. L'absence de météorisme, de taches rosées lenticulaires, de gargouillement; de diarrhée, pourrait mettre sur la voie diagnostique.

L'albuminerie existe même souvent dans les deux cas. Le crachotement avec horreur des liquides n'est pas non plus un indice bien certain, puisqu'il se retrouve dans la scarlatine et d'autres affections fébriles. L'étude de la température mettra sur la voie dans la plupart des cas; irrégulière, sans rémissions fixes, sans ascension progressive dans le délire aigu, dans la dothiéntérie elle monte progressivement, mais rapidement, a des rémissions matinales constantes, atteint bientôt et dépasse le chiffre de 40°, ce qui n'arrive qu'à la période ultime du délire aigu, ou d'une manière très passagère.

Quant à la pneumonie, on pourra plus facilement en faire le diagnostic différentiel, la présence de natité, de souffles, de râles, de crachats rouillés, mettra à l'abri de toute erreur. Néanmoins, Grisolle cite un cas de délire survenu dans une pneumonie qu'on eût facilement pris pour une affection cérébrale ; une femme offrait le délire maniaque le plus furieux, délire porté à un si haut degré que l'on diagnostiqua à l'entrée de la malade à l'hôpital une manie aiguë. Le mouvement fébrile fut le seul phénomène qui fit insister Grisolle pour un examen complet, et l'on ne tarda pas à découvrir la pneumonie.

On est donc en présence d'une affection cérébrale, mais la question de diagnostic n'en est pas moins difficile pour cela ; on peut, il est vrai, éliminer toutes celles qui sont chroniques, et celles qui ont pour symptômes caractéristiques, soit du coma, soit des convulsions de différentes variétés, soit des paralysies. Mais, cette élimination faite, il reste à distinguer le délire aigu, d'origine typhique, d'une foule d'affections telles que : l'hystérie fébrile avec délire, la manie aiguë, le *delirium tremens* fébrile, l'état de mal épileptique, la congestion cérébrale, les méningites, l'hydrocéphalie aiguë.

Lorsque la manie, s'élevant de quelques degrés, passe à l'état suraigu avec fièvre, on peut être embarrassé un instant pour le diagnostic. Cependant, quelles que soient la violence de l'agitation, l'intensité du délire, et même l'élévation de la température dans le cours de la manie suraiguë, le délire n'en garde pas moins un caractère plus psychique que

dans le délire aigu : « Dans cette dernière affection, dit M. Ball, le *caractère typhoïde de la fièvre*, la rapidité de la dénutrition, l'apparition rapide de la période de collapsus, montrent qu'il s'agit de quelque chose de plus qu'une affection cérébrale, que tout le système nerveux est en cause, et, qu'à l'excitation des centres psychiques, sensoriels et moteurs, commune aux deux affections, il se joint ici une excitation, bien autrement grave, de ceux qui président aux fonctions plus modestes, mais plus essentielles de la vie végétative, excitation telle que l'épuisement et la mort en sont rapidement la conséquence. »

Si nous arrivons au délirium tremens fébrile, le diagnostic différentiel de notre affection sera encore très délicat. Il faut avouer, en effet, que le délire aigu présente, ainsi que l'a dit depuis longtemps M. Briere de Boismont, de grandes analogies avec le délirium tremens accompagné de fièvre. Les hallucinations terrifiantes existent, il est vrai, dans les deux cas, mais ont surtout un caractère zoopsique particulier dans le délirium. De plus, si l'on n'a pas de données étiologiques suffisantes, l'existence de troubles musculaires, surtout du tremblement, le commencement de paraplégie que présentent les alcooliques pourront, dans la grande majorité des cas, mettre sur la voie.

L'hystérie aiguë, décrite par Briguet, présente quelquefois un délire maniaque ou mélancolique, avec état d'agitation et fièvre à invasion brusque; elle s'accompagne quelquefois d'un état typhoïde qui peut en imposer et la faire confondre avec le délire

aigu. La recherche des stigmates fixes de la névrose, les antécédents de la maladie, la longue durée de la fièvre, tout cela pourra contribuer à établir un diagnostic.

L'état de mal épileptique peut se présenter avec un certain cortège de manifestations délirantes et s'accompagner en outre de fièvre et d'élévation de température, comme l'ont démontré MM. Charcot et Bourneville. L'apparition des convulsions, les anamnétiques fournis par la famille, la rapidité avec laquelle disparaîtra l'état fébrile feront tout de suite songer au praticien qu'il se trouve en présence d'une attaque d'épilepsie.

La méningite simple se distinguera du délire aigu par l'existence de la céphalalgie, des vomissements et l'absence de tout délire plus ou moins systématique. Pour ce qui est de la céphalalgie, nous dirons que jamais, ou presque jamais, on ne peut avoir des renseignements exacts, tant du malade que des personnes présentes ; que, lorsque cela est possible, on reconnaît quelquefois qu'une céphalalgie, plus ou moins intense, est signalée parmi les antécédents ; partant, qu'en tant qu'élément de diagnostic, ce signe n'a qu'une valeur purement relative. Quant aux vomissements, ils sont très fréquents dans certaines méningites, surtout dans les méningites tuberculeuses ; de plus, la contraction, la dilatation, enfin l'inégalité pupillaire, le strabisme, les paralysies partielles et les contractures des membres, que Landouzy et Dreyfous ont signalés dans certaines localisations

méningitiques, ne se rencontrent que d'une façon très exceptionnelle dans le délire aigu.

La paralysie générale, dans son évolution chronique et lorsque la folie est bien nettement confirmée, réunit toute une série de symptômes trop bien déterminés pour qu'il soit possible de la confondre avec le délire aigu. Mais, quelquefois, soit à son début (manie congestive), soit pendant son cours, elle présente des phases d'excitation maniaque, plus ou moins nombreuses, qui peuvent acquérir une intensité considérable, propre à jeter le doute dans l'esprit. Cependant, celle-ci se distingue encore le plus souvent du délire aigu par moins d'intensité dans le désordre intellectuel, moins d'excitation fébrile. L'affection conserve, avant tout, son cachet spécial qui se retrouve sur le cadavre si la mort survient pendant l'accès, soit dans la marche ultérieure de son évolution si le malade survit. Mais il n'en est pas moins vrai que, pendant les accès paroxystiques, la manie congestive de Baillarger, elle aussi, se rapproche très près du délire aigu.

L'hydrocéphalie aiguë et l'encéphalite diffuse ou limitée sont caractérisées par des convulsions et contractures, suivies de parésies et de paralysies diverses que l'on rencontre très rarement dans le délire aigu.

En résumé, les diverses maladies cérébrales et viscérales que nous avons passées en revue et qui peuvent être confondues avec le délire aigu à forme typhique, peuvent très bien en être distinguées cliniquement dans leurs formes bénignes, tant que leurs

symptômes n'ont pas atteint une acuité extrême, mais une fois que le délire est arrivé à un degré plus avancé, elles sont susceptibles de revêtir un type commun, et alors la distinction devient souvent difficile.

PRONOSTIC. TERMINAISON

Le pronostic du délire aigu d'origine typhique est très grave. Lorsque la période adynamique s'est établie, l'issue est ordinairement fatale. Cependant, cette forme de délire ne se termine pas toujours par la mort ; l'organisme peut être plus fort que la crise. On observe alors, comme bons signes : la cessation de la fièvre, la diminution ou la cessation de l'insomnie, de l'anorexie, de la constipation, et surtout du délire incohérent.

Malgré tout, on observe très peu de guérisons radicales. « La dothiéntérie, dit M. Bucquoy dans un travail fait en collaboration avec M. Hanot, joue le rôle de ces traumatismes qui sont capables de modifier de fond en comble la constitution cérébrale d'un homme sain, lequel manifestera cette constitution morbide acquise par des troubles variés, non-seulement après l'accident, mais encore plus ou moins longtemps après. » Les *délires posttyphiques* sont donc en rapport avec les altérations d'un système nerveux dont la nutrition a été gravement éprouvée par un principe infectieux, et qui ne trouve pas encore dans un sang appauvri des éléments suffisants de réparation ; la prédisposition joue,

en effet, un rôle bien secondaire. « Le véritable ennemi, dit M. Marandon de Montyel (1), est le poison typhique, car c'est lui qui, suivant son énergie et sa malignité, élève la température, altère le sang, faisant ainsi, par voie indirecte, délirer le cerveau et créant les conditions favorables à l'éclosion de la folie. »

En 1844, M. Max Simon (2) a publié plusieurs observations fort intéressantes sur les différents délires consécutifs à la fièvre typhoïde. Il regarde la folie comme liée à la maladie elle-même et survenant immédiatement, de telle sorte que le délire apyrétique de la convalescence ne serait le plus souvent que la continuation du délire de la fièvre. Le Dr Schlager, de Vienne (Autriche), dans un travail important sur la double influence de la fièvre typhoïde sur la production de l'aliénation mentale et sur sa guérison, travail publié en 1858, serait autorisé à regarder la fièvre typhoïde comme une des conditions étiologiques les plus actives de l'aliénation mentale ; il a même consacré par un nom particulier, celui de *typhomanie*, la folie qui lui est consécutive.

Depuis lors, de nombreux travaux ont été faits sur l'influence pathogénique de la fièvre typhoïde sur le développement de la folie, chez des sujets prédisposés ou non ; il semble en résulter que l'aliénation mentale, consécutive à la dothiéntérie, peut revêtir toutes les formes possibles, depuis le simple affaiblissement intellectuel jusqu'à la paralysie générale. Nous

(1) Marandon de Montyel. *Loc. cit.*

(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, août 1844.

admettrons la division de M. Marandon de Montyel, qui distingue :

1° Les délires de la convalescence ; 2° Les délires posttyphiques.

1° *Les délires de la convalescence.* Ce sont des *délirs de dépression*, comme l'enseignait le professeur Lasègue. « La particularité, dit M. Régis, qui me paraît pour ainsi dire le caractère des psychoses consécutives à la fièvre typhoïde, est une obtusion intellectuelle extrême et une abolition complète de la mémoire qui impriment aux conceptions délirantes, de quelque nature qu'elles soient, un cachet d'absurdité spéciale. »

2° *Les délirs posttyphiques* sont ceux qui poursuivent leur cours après le rétablissement complet de l'organisme à l'état normal, et ceux qui éclatent plus ou moins longtemps après que tout a semblé rentrer dans l'ordre. Tout typhique reste donc pour l'avenir plus ou moins placé sous la menace d'un dérangement intellectuel, suivant que les symptômes cérébraux de la période d'état auront été plus ou moins intenses et prolongés. Pour conclure, nous nous rangeons à l'avis de M. Krœpelin; il dit en effet : « Quant aux vésanies qui se manifestent longtemps après l'épuisement du poison typhique, il en est d'elles comme de toute psychose née sur un terrain prédisposé ; la fièvre typhoïde a simplement préparé le système nerveux, elle n'est plus en cause. »

TRAITEMENT

Nous n'avons que peu de chose à dire du traitement. D'après le professeur Ball, il devra être *général* et *symptomatique*. Général, il aura pour but de traiter l'état typhoïde du malade, relever ses forces ; symptomatique, on s'efforcera de combattre l'inanition par l'alimentation forcée et de mettre, au moyen d'agents coercitifs appropriés, le malade hors d'état de frapper ceux qui l'entourent et de se nuire à lui-même.

Les purgatifs doivent être administrés avec une grande discrétion, malgré l'état de constipation habituelle, car la constipation n'est pas ici cause, mais effet.

Les bains prolongés, chauds, durant de 6 à 8 heures, sont dangereux en raison de la faiblesse extrême qu'ils amènent, mais il est permis de soumettre les malades à des bains d'une température modérée de 27 à 30°, en ayant soin de ne pas les y laisser plus d'une heure, de les surveiller et de leur faire tomber pendant le bain un filet d'eau froide sur la tête.

Il faudra réserver l'administration de l'opium, parce qu'il augmente la congestion passive des centres nerveux.

Après la médication sédative, la médication tonique sous toutes ses formes. La diète lactée, recommandée par Baillarger est un des meilleurs traitements qu'on puisse administrer dans le délire typhique aigu ; on nourrit le malade en même temps qu'on

le désaltère; cette alimentation a un avantage de plus, c'est son administration facile, soit par la bouche, si le malade consent à certains moments à avaler ce qu'on lui présente, soit par la sonde œsophagienne à laquelle on est obligé de recourir dans le plus grand nombre des cas. On devra ajouter du vin, vin de Bordeaux, rhum, extrait de quinquina, etc.

On a conseillé le sulfate de quinine pour abaisser la température; c'est un médicament qui est infidèle dans ces cas.

MM. Magnan et Briand ont employé chez quelques malades la créosote et le salicylate de soude; sous l'influence de cette médication à la fois antiseptique et anti-fébrile, ils auraient toujours eu un notable abaissement de la température.

CONCLUSIONS

1° Puisque, dans certains cas de délires aigus, l'intégrité complète des centres nerveux a été constatée par plusieurs auteurs, cette absence de lésions grossières ne prouve pas qu'une action toxique, exercée sur le liquide sanguin, ne puisse pas troubler la fonction des éléments nerveux.

2° En attendant que l'expérimentation ait poussé plus loin ses investigations, on peut déjà poser en principe que le délire aigu est quelquefois une maladie générale infectieuse à cachet typhoïde et à localisation cérébrale prédominante.

3° Il n'est pas impossible que l'agent typhique, en exerçant son action sur le cerveau, ne donne naissance à une sorte de cérébro-typhus, ne différant de la fièvre typhoïde ataxique que par l'absence de symptômes abdominaux.

4° L'absence de ces derniers symptômes tient uniquement à la non-existence de localisation abdominale de l'agent typhique.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Anatomie générale et histologie. — Tissu entrant dans la constitution du squelette.

Physiologie. — De l'inspiration et de l'expiration.
— De l'effort.

Physique. — Application des lois de l'hydrodynamique et de la théorie des ondes à la circulation du sang et au phénomène du pouls.

Chimie. — Des corps gras en général. — Constitution chimique et propriétés.

Zoologie et Anatomie comparée. — *Tœnia solium.*
— Organisation. — Ses migrations. — Ses transformations.

Matière médicale et Botanique. — Décrire les diverses sortes d'ipécacuanhas. — Structure et fonctions des feuilles.

Pathologie externe. — Des effets locaux du froid.

Pathologie interne. — De la gastrite et de l'ulcère simple de l'estomac.

Thérapeutique. — De l'iode.

Hygiène. — Du coup de chaleur.

Accouchements. — Hémorrhagies des premiers mois de la grossesse.

Pathologie générale. — Du symptôme et du signe en général.

Ophthalmologie. — Anatomie de la zone de Zinn et de la capsule du cristallin.

Médecine opératoire. — Des hémorrhagies de la paume de la main. — Indication et moyen de les remplir.

Anatomie. — Du canal inguinal.

Maladies cutanées et syphilitiques. — Des lésions osseuses de la syphilis.

Anatomie pathologique. — Des lésions glandulaires qu'entraîne la rétention des produits.

Médecine légale. — Des signes propres à établir que l'enfant est né vivant.

Médecine expérimentale et comparée. — Des conditions qui permettent de reproduire expérimentalement les symptômes et les lésions de la pyohémie.

Cliniques médicales. — Des épilepsies dyscrasiques.
— Diagnostic de l'angine de poitrine.

Cliniques chirurgicales. — Indication de la résection du coude. — Appréciation des divers procédés opératoires au point de vue de la reconstitution d'une articulation nouvelle. — De l'influence du diabète sur les suites des traumatismes et des opérations.

VU :

Le Président de Thèse,

PIERRET.

Vu : *Le Doyen,*

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

E. CHARLES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- APERCOMBIE Des maladies de l'encéphale, 1835, trad. Gen-
drin.
- ANDRAL..... *Clinique Médicale*, t. I, p. 621.
- ARNOULD..... Sur la contagion de la fièvre typhoïde (*Bull.
méd. du Nord*, juillet 1881). Etiologie et
prophylaxie de la fièvre typhoïde, rapport au
congrès d'hygiène de Genève (*Annal. d'hyg.
publ.*, 1882, t. VIII).
- BALL..... Leçons sur les maladies mentales, 1881.
- BALL ET CHAMBARD.... Art. délire aigu et delirium tremens, du dict.
encyclopédique.
- BARIÉ..... *Union médicale*, 1877.
- BERNHEIM..... Des fièvres typhiques en général. Thèse d'agrégation,
Strasbourg, 1868.
- BERTHIER..... La fièvre dans ses rapports avec l'aliénation
mentale (*Annales Médico-Psychologiques*
t. VII, p. 1, 1861).
- BOUCHARD..... .. 1881.
- BAILLARGER..... *Ann. méd. psych.* Mai 1884.
- BRIERRE DE BOISMONT.. *Ann. méd. psych.*, t. II, 1843.
Bull. de l'Acad. de méd., 1841-42, t. VIII.
- BRIAND..... .. Du délire aigu. 1881, Thèse, Paris.
- BUCQUOY ET HANOT.... *Arch. gén. de méd.*, 1881, t. II, p. 24.
- BRIQUET..... Traité de l'hystérie, 1859.
- BUHL..... *Zeitsch. für. ration. Méd.*, 1858, t. IV.
- CÆLIUS AURELIANUS... Des maladies. Livre I, § 30.
- CALMEIL..... Traité des maladies inflammatoires du cerveau,
t. I, p. 142.
- CHARPY..... Des délires aigus. Thèse Paris, 1873.
- DELASIAUVE..... D'une forme grave de delirium tremens. In *Ann.
Méd. Psychol.*, t. IV.
- DUMESNIL..... *Ann. Méd. Psychol.*, 1863.
- FERNET..... *France Médicale*, 1877.
- FURSTNER..... Ueber delirium acutum. In *Arch. de Westphal.*
1880.
- FRTZ..... Etude clinique sur divers symptômes spi-
naux observés dans le cours de la fièvre ty-
phoïde. Thèse Paris, 1863.

- GRISOLLE..... Du délire dans la pneumonie, *Ann. Médico Psych.*, t. XII, p. 1868.
- GRIESINGER..... Traité des maladies infectieuses, 2^e édit., Paris 1877, p. 372.
- GOTTFRIED JEHN..... *Allg. Zeitschr. f. Psych.* 1880.
- GEORGET..... De la folie, Paris, 1820, p. 223.
- HUGUES..... Des accidents cérébro-spinaux de début de la fièvre typhoïde. (Thèse Paris, 1875.)
- HOFFMANN..... Leipzig, 1869.
- JENSEN..... Ueber delirium acutum. *Allg. Zeitschr. f. Psych.*, t. XI, p. 617.
- KRÖPELIN.... Etude sur les psychoses consécutives aux maladies aiguës.
- LÉPINE..... *Lyon-Médical*, 5 août 1881.
- LOUIS..... Recherches anatomiques, etc., sur la fièvre typhoïde, 2^e édit., 1844, t. II, p. 22.
- LUYS..... Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions, ses maladies, 1865.
- LEREBOULLET..... *Gazette hebd.* 1873.
- MEYNERT..... *Wien Medical*, Jahrbuch, 1866.
- MARANDON DE MONTYEL. *Ann. Méd. Psych.* Mai 1883.
- MAJORFI..... *Archivio italiano per le malattie nervose, etc.* Délire aigu des aliénés à forme mélancolico-stupide, 1883.
- MAX. SIMON..... *Journal des connaissances médico-chirurgicales* ; août 1844.
- POPOFF..... *Arch. für path. Anat. und Phys.*, t. LXIII. *Anal. in Revue des sciences méd.*, t. VI, p. 460.
- SCHULE..... *Ueber das delirium acutum. Allg. Zeitsch. f. Psych.*, t. XXIV.
- SCHLAGER..... *Gazette des Hôpitaux* 6 février 1858.
- TAGUET..... *Gazette hebdomadaire des sciences méd. de Bordeaux*. 1883.
- THALIÉ..... Etude sur le délire aigu sans lésions, 1865.
- WILLIS..... *Opera medica de delirio et phrenitide, caput decimum*, t. I.

